

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 Mars 1893, à 1 heure

PAR

Louis MALLEY

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre.

Né à Buxières-la-Grue (Allier).

Sur une Nouvelle Méthode de Traitement chirurgical

DE

L'HYPERTROPHIE TONSILLAIRE

(MÉTHODE DE RUULT)

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges { ^{MM.}
JACCOUD, professeur.
MARFAN, MENÉTRIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

172

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 Mars 1893, à 1 heure

PAR

Louis MALLEY

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre.

Né à Buxières-la-Grue (Allier).

Sur une Nouvelle Méthode de Traitement chirurgical

DE

L'HYPERTROPHIE TONSILLAIRE

(MÉTHODE DE RUALT)

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges { MM.
JACCOUD, professeur.
MARFAN, MÉNETRIER, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSNUR CORNIL,

Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Sénateur de l'Allier,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Dans une communication présentée récemment à la Société de laryngologie de Paris (1), M. Ruault a fait connaître une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire, qu'il met journellement en usage depuis plusieurs mois, tant dans le service de clinique laryngologique externe qu'il dirige à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, que dans sa pratique privée.

Cette méthode, que nous lui avons vu appliquer un grand nombre de fois depuis que nous suivons son service et assistons à ses conférences cliniques, nous a paru présenter une très notable supériorité sur les autres, tant à cause de la parfaite innocuité et de la facilité avec laquelle elle est acceptée par les enfants comme par les adultes, que par la constance et la sûreté des résultats qu'elle donne. Aussi avons-nous pensé que son étude, et sa comparaison avec les procédés anciens, constituaient une question de pratique présentant un intérêt assez marqué pour faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous ne prétendons pas cependant que la méthode ima-

(1) *Bulletin de la Soc. de laryngologie de Paris*, séance du 2 décembre 1892 ; et *Union Médicale*, 1893, n° 7, 17 janvier.

ginée par M. Ruault soit seule bonne: nous dépasserions le but et nous nous séparerions, en l'affirmant, de son auteur lui-même, qui dès le début de son mémoire prend soin de faire remarquer qu'il n'entend pas, en préconisant un procédé nouveau, « faire le procès des diverses méthodes classiques de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire. » « Je suis d'ailleurs convaincu, ajoute-t-il, qu'elles sont toutes bonnes, pourvu qu'on prenne soin de ne mettre chacune d'elles en pratique que lorsque l'indication spéciale s'en présente. » Ce que nous tenterons d'établir dans notre travail, c'est que la méthode de M. Ruault présente, dans un très grand nombre de cas, une réelle supériorité sur toutes les autres, tandis que chacune de celles-ci ne mérite d'être considérée comme méthode de choix que dans un très petit nombre de cas particuliers.

Nous diviserons notre thèse en quatre parties. La première sera consacrée à l'exposé de considérations générales sur l'hypertrophie amygdalienne et les diverses formes cliniques qu'elle présente. La seconde aurait trait à l'étude des méthodes de traitement chirurgical rapides (exérèse immédiate, amygdalotomie). La troisième à celle des méthodes de traitement chirurgical lentes (scarifications et discission, ignipuncture, électrolyse, injections interstitielles). Enfin, la quatrième renfermera l'exposé de la méthode de M. Ruault, et sera suivie des observations inédites, que nous avons recueillies dans son service, à la clinique laryngologique de l'Institution nationale des sourds-muets, et dans lesquelles elle a été mise en œuvre.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous nous faisons un devoir de témoigner notre reconnaissance à M. Ruault,

pour les bons conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer dans la conduite de ce travail et son bienveillant accueil dans son service à la Clinique laryngo-logique de l'Institution nationale des sourds-muets. Nous adressons nos remerciements à MM. Monod, Lancereaux, Chantemesse, nos maîtres dans les hôpitaux de Paris; à MM. Lecène, Lausiès et Powilevitz, chirurgien et médecins des hôpitaux du Havre.

Qu'il nous soit aussi permis d'adresser nos remerciements à M. le professeur Cornil pour la bienveillance qu'il nous a témoignée dans le cours de nos études et l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I^{er}

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'HYPERTROPHIE TONSILLAIRE ET SON TRAITEMENT.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'histoire clinique, même abrégée, de l'hypertrophie des amygdales. Nous nous abstiendrons de parler de son étiologie, de ses symptômes et de sa marche, de son pronostic et de son diagnostic différentiel avec les tumeurs ou les affections spécifiques chroniques diverses. Mais nous pensons qu'avant d'aborder le sujet spécial de notre travail, c'est-à-dire la thérapeutique chirurgicale, nous avons le devoir de dire quelques mots de l'aspect objectif des tonsilles hypertrophiées, des divers types anatomo-cliniques qu'elles peuvent présenter, en un mot, de l'anatomie pathologique chirurgicale de l'hypertrophie amygdalienne.

Tout d'abord, nous ferons remarquer, avec M. Ruault (1), que lorsqu'un sujet présente de grosses amygdales, c'est-à-

(1) Ruault, *Traité de médecine*, tome III, p. 114. — Nous avons rédigé tout ce chapitre en mettant à profit l'article *Hypertrophie des amygdales* du *Traité de médecine*, et les notes que nous avons recueillies aux conférences cliniques, sur le même sujet, qu'a faites M. Ruault dans son service de clinique laryngologique, pendant la présente année scolaire.

dire des amygdales plus grosses que celles de la majorité des individus du même sexe et du même âge, cela ne signifie pas nécessairement qu'il ait les tonsilles hypertrophiées. En général, les amygdales sont relativement plus grosses chez l'enfant que chez l'adulte, et surtout que chez le vieillard (Lasègue); mais, d'autre part, le volume de ces glandes varie suivant les individus, et, comme aime à le répéter M. Ruault dans ses conférences, « on peut avoir de grosses amygdales sans avoir de l'hypertrophie des amygdales; de même qu'on peut avoir de grosses lèvres, un gros nez, de grosses mamelles, etc., sans avoir de la macrochéilie, du rhinophyma ou de l'hypertrophie mammaire ». C'est là une affaire de conformation, rien de plus.

Lorsqu'un sujet possède de très grosses amygdales, assez grosses pour que leur volume seul suffise à déterminer des symptômes gênants ou nuisibles, le médecin n'a plus besoin de rechercher si l'amygdale est hypertrophiée, c'est-à-dire *malade*, ou seulement trop grosse, c'est-à-dire *anormale*, et il doit diminuer thérapeutiquement son volume, puisque ce volume constitue une infirmité; mais si ce volume n'est pas assez prononcé pour que le malade en souffre, ce que lui apprend aisément l'analyse clinique, le médecin doit se garder d'instituer une thérapeutique intempestive ou tout au moins inutile.

Les amygdales étant grosses et causant des symptômes dont le malade se plaint, il y a lieu, avant de poser le diagnostic d'hypertrophie simple, non seulement d'éliminer les tumeurs ou les lésions spécifiques, etc., mais encore de rechercher si l'augmentation de volume est bien due à l'hyperplasie des éléments propres de la glande, ou, au contraire,

soit à la distension de ses cryptes par des concrétions caséuses, soit à une tuméfaction congestive passive dépendant d'une obstruction nasale ou naso-pharyngienne. En effet, l'hyperplasie du tissu lymphoïde, qui constitue l'hypertrophie vraie (nous parlons au point de vue clinique), est une lésion permanente, et son évolution est celle de la sclérose ; tandis que la réplétion des cryptes est un état accidentel qu'une simple pression des doigts peut modifier, et la tuméfaction congestive un état qui mène à l'hypertrophie à la vérité, mais qui peut rapidement disparaître si les causes qui lui ont donné naissance (obstruction naso-pharyngienne, par exemple) sont encore récentes, et qu'une intervention thérapeutique convenable les fasse disparaître. (Voyez Ruault, loc. cit., page 125).

Examinons maintenant les caractères objectifs que présentent les amygdales hypertrophiées. Nous ne saurions mieux faire que de suivre ici M. Ruault dans la description qu'il en a donnée dans le *Traité de médecine*. L'hypertrophie amygdalienne est généralement bilatérale sans être toujours symétrique. On voit de chaque côté de l'isthme guttural saillir comme deux grosses cerises chez les enfants, deux œufs de pigeon chez les adultes. « Elles peuvent être nettement dégagées surtout en avant des piliers du voile qui conservent à peu près leur écartement normal ; elles semblent alors fixées à la loge amygdalienne par une sorte de pédicule (amygdales pédiculées) ; et si leur volume est un peu considérable, elles descendent dans le pharynx en vertu de leur pesanteur (amygdales pendantes). Dans les deux cas, le rétrécissement de l'isthme guttural est le phénomène dominant. Si, avec un volume égal, elles restent encastrées

dans leur loge, où elles adhèrent par une large base, tandis que la partie externe de leur région adhère aux piliers du voile (amygdales enchatonnées), le rétrécissement de l'isthme sera moindre, et le résultat de l'affection le plus nettement appréciable sera l'écartement des deux piliers du voile du même côté par la glande hypertrophiée. Au lieu de se produire dans tous les sens, il peut arriver que cette augmentation de volume se fasse surtout dans le sens antero-postérieur, et que les tonsilles hypertrophiées soient plutôt aplaties que globuleuses. En pareil cas, elles adhèrent à la loge par une large base, et par leurs bords, aux deux piliers, de sorte qu'elles ne font pas de saillie notable en dehors de ceux-ci et se bornent à les écarter l'un de l'autre: elles ne rétrécissent pas l'isthme guttural, elles augmentent sa profondeur, et les symptômes auxquels elles donnent lieu dépendent de la gêne qu'elles imposent aux mouvements du voile et même à ceux du larynx (hypertrophie latente). »

Les amygdales pédiculées ont ordinairement une forme ovoïde à petite extrémité supérieure. Les amygdales enchatonnées sont arrondies, irrégulièrement piriformes. La fossette sus-amygdalienne peut être comblée par un prolongement de la glande adhérant aux deux piliers ou la base de la glande faire une saillie inférieure notable (amygdales plongeantes). Leur coloration est quelquefois la même que celle des parties voisines, souvent plus pâle, et varie alors depuis le gris plus ou moins jaunâtre jusqu'à une teinte franchement opaline, ou un aspect presque translucide. Au contraire, la coloration peut être d'un rouge foncé. La surface est lisse ou grenue, quelquefois mamelonnée, rarement

végétante, pseudo-polypeuse. — On constate souvent de la pharyngite granuleuse.

Le toucher digital dénote tantôt une glande molle, même friable ; tantôt au contraire ferme, élastique, résistante. L'hypertrophie molle se rencontre surtout dans l'enfance chez les sujets scrofuleux, lymphatiques, dont les ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont volumineux ; l'hypertrophie dure ou fibreuse se rencontre aussi bien chez les adolescents et les adultes que chez les enfants : elle est la conséquence d'amygdalites répétées survenant à la suite de la rougeole, de la scarlatine, d'une phlegmasie de la cavité buccale.

Les différents types anatomo-cliniques de l'hypertrophie amygdalienne nous sont maintenant bien connus. Mais nous devons, avant de nous occuper de leur traitement chirurgical, résoudre la question de savoir si la thérapeutique médicale ne peut suffire à amener la guérison.

Or, l'expérience a montré qu'elle était à cet égard absolument impuissante. Les médications dites « antiscrofuleuses », et dont l'iode, l'huile de foie de morue et les sirops de raifort, antiscorbutique, etc., font les frais, ne modifient en rien l'hypertrophie amygdalienne ; les eaux minérales en boisson ont une action nulle, et leur emploi en pulvérisations, gargarismes, etc., n'a qu'un effet presque toujours éphémère. Bien plus, les applications topiques de teinture d'iode, d'alun, de tannin, de nitrate d'argent, sont aussi elles, inutiles. L'intervention chirurgicale seule peut guérir le malade, et il est absolument faux de penser que la maladie guérit seule, avec le temps, car la diminution de

volume que subissent à la longue les amygdales hypertrophiées ne s'effectue que par une transformation fibreuse qui rend la glande aussi impropre à remplir ses fonctions physiologiques que si on l'eût enlevée, et laisse un moignon scléreux, véritable corps étranger, cause fréquente d'irritation gutturale.

Nous allons donc examiner les méthodes de traitement chirurgical, qui seules sont efficaces. Elles comprennent deux classes: 1° les méthodes rapides, extemporanées; 2° les méthodes lentes. A ces deux classes, on doit dès aujourd'hui ajouter la méthode nouvelle dont l'étude fait l'objet de notre travail, Nous allons les passer en revue successivement.

CHAPITRE II

MÉTHODES RAPIDES

L'exérèse immédiate, ou amygdalotomie, est le procédé de traitement chirurgical le plus rapide, et celui qui, en raison même de cette rapidité d'exécution, a été le plus répandu jusqu'à ces dernières années. Il est universellement admis aujourd'hui que ce procédé ne doit pas avoir pour objet l'*extirpation complète* des amygdales, mais seulement l'excision, en un seul temps, de toute leur partie saillante ; leur portion la plus profonde, adhérente à la loge, devant être laissée en place où elle constitue un *moignon* amygdalien de volume négligeable. Nous ne parlerons donc pas ici de l'extirpation complète, qu'on pourrait appeler « amygdalectomie », mais seulement de la résection partielle, de « l'amygdalotomie » (1).

(1) L'extirpation totale a été conseillée par Celse (De re medica, lib. VIII, cap. XII, § 2), qui recommande de la pratiquer avec le doigt. Quoi qu'en ait dit A. Louis (Mém. de l'Académie royale de chirurgie, t. V, p. 285, réimpression de 1819), la lecture du texte de Celse ne laisse aucun doute à ce sujet : « *Tonsillas autem*, dit l'auteur latin, *quæ post inflam-*

Cette opération n'est entrée dans la pratique que depuis une époque relativement récente. Les chirurgiens n'ont commencé à la pratiquer que dans le cours du XVIII^e siècle, après que ses indications, la façon de l'exécuter, et les résultats qu'on peut en attendre, eurent fait l'objet de discussions approfondies à l'Académie royale de chirurgie de Paris. Ces discussions ont été utilisées par A. Louis pour la rédaction d'un mémoire célèbre sur ce sujet, travail dont la lecture est, encore aujourd'hui, des plus intéressantes (1).

L'excision des amygdales se pratiquait alors, soit avec le

mationes induruerunt, quum sub levi tunica sint, oportet digito circumradere et evellere : si ne sic quidem resolvuntur, hamulo excipere, et scalpello excidere : tum os aceto eluere, et illi nere vulnus medicamento, quo sanguis supprimatur. » C'est à dire : « quant aux tonsilles qui se sont indurées à la suite d'inflammations successives, comme elles se trouvent au-dessous d'une légère tunique, il faut, avec le doigt, en faire l'enucléation et les enlever ; si elles ne se détachent pas ainsi, les accrocher au moyen d'une égrigne et les exciser avec un scapel, puis lotionner la bouche avec du vinaigre, et enduire la plaie avec un remède propre à arrêter le sang. » (Traité de médecine de Celse, traduction du D^r Védrens, Paris 1876, page 503.) Celse a donc bien recommandé l'extirpation totale, et n'a conseillé l'excision que si la première opération était impossible.

Paul d'Egine, après Celse, recommanda aussi l'extirpation *totale* de la glande, pratiquée à l'aide d'un bistouri courbe sur son plat. (De re medica, lib. V, cap. 30). Mais cette opération a été depuis lors condamnée par tous les auteurs, sauf exceptions rares.

De nos jours, à part Borelli (Gaz. méd. de Lyon, 1862, p. 446), qui a proposé de revenir au procédé d'extirpation de Celse avec les doigts, Chassaignac (Leçons sur l'hypertrophie des amygdales, Paris, 1854) a été le seul à conseiller l'extirpation totale, qu'il prétendait pratiquer à coup sur à l'aide de l'amygdalatome de Mathieu ; et l'énorme proportion d'hémorragies consécutives à l'opération pratiquée par cet auteur (10 p. 100) suffit à montrer les dangers de cette pratique et à la condamner sans appel.

(1) De la rescision des amygdales tuméfiées. Mémoire de l'Académie royale de chirurgie (1774), tome V, page 283 (réimpression de 1819).

bistouri, soit avec des ciseaux. Plus tard on utilisa à cet effet un instrument spécial, dit « amygdalatome ». Enfin, plus tard encore, on eut recours à l'anse galvano-caustique, méthode *ignée* opposée aux méthodes *sanglantes*.

Nous allons passer en revue ces diverses méthodes d'ablation des amygdales. Après avoir exposé successivement le manuel opératoire de chacune d'elles, nous en ferons la critique, en énumérant leurs avantages, leurs inconvénients ; et, s'il y a lieu, leurs indications spéciales.

§ 1. MANUEL OPÉRATOIRE.

a) *Excision avec le bistouri.*

Historique. — Paul d'Egine, qui vivait au VII^e siècle de notre ère, a été le premier à parler avec quelques détails du manuel opératoire de l'amygdalotomie par le bistouri. « On fait asseoir, dit-il, le malade à la clarté du soleil ; un aide lui assujettit la tête, un autre lui contient la langue avec un instrument convenable ; puis l'opérateur accroche la glande avec une érigne et il l'attire sans forcer les membranes circonvoisines, pour en faire l'extirpation avec un bistouri spécial. Il est nécessaire d'avoir deux bistouris, l'un pour un côté, l'autre pour le côté opposé. On voit qu'à part le précepte d'extirper toute la glande (*ipsam totam ex fundo rese camus*, dit le traducteur), ces indications sont encore

celles des auteurs contemporains. Mais Paul ne dit pas s'il coupait la glande de haut en bas ou de bas en haut, et cependant il est clair qu'il ne considérait pas la chose comme indifférente; autrement il n'eût pas dit qu'il était nécessaire d'avoir deux instruments courbes sur leur plat, l'un pour un côté, l'autre pour l'autre.

L'opération de Celse et de Paul d'Egine ne devait se vulgariser que onze siècles après la mort de ce dernier auteur.

Nous ne nous attarderons pas à énumérer les auteurs qui l'ont successivement combattue. Il nous suffira de rappeler que Heister, en 1747, la condamnait encore : « Les anciens chirurgiens, dit-il, saisissaient avec un erigne les amygdales endurcies, et les extirpaient avec précaution, au moyen d'un bistouri convenable. » Il ajoute que « comme cette opération est trop cruelle, et même extrêmement difficile, à cause de la situation des amygdales, on ne la pratique aujourd'hui que fort rarement » (1). Morgagni considérait aussi l'amygdalotomie comme une opération exposant le sujet à une hémorrhagie très dangereuse, et la condamnait également (2).

Cependant, en 1739, Moscati (de Milan) la pratiqua deux fois avec succès, et sans aucune suite fâcheuse, en sectionnant les amygdales avec un long bistouri droit, de bas en haut. En 1742, il eut l'occasion de la pratiquer une troisième fois, mais il ne réussit pas, l'amygdale resta adhérente infé-

(1) At vero quia non crudelis tantum valdè viedetur, et propter abditum tonsillarum situm minus commoda esse operatio ista solet, rarius hodiè adhiberi eadem consuevit. (Institutiones chirurgicæ, tome II, chap. 96, page 664. Amsterdam, 1747.)

(2) De sedibus et causis morborum. Epist. 50, chap. 26.

rieurement, bascula, et pour empêcher sa malade de suffoquer, le chirurgien fut obligé de saisir la glande avec les doigts et l'arracher violemment. Il y eut une hémorrhagie qu'on arrêta avec des styptiques.

Caqué (de Reims), pratiqua plusieurs fois cette opération, de 1757 à 1760. Il se servit d'un bistouri droit qu'il maniait de haut en bas; et, au lieu d'une érigne, il employait un crochet pointu fixé à un manche ferme. Plus tard, il abandonna ce crochet pour faire usage d'une pince à érigne inventée par son collègue Museux, instrument encore en usage aujourd'hui.

A partir de la publication du mémoire de Louis (1774) (1), l'opération commença à se vulgariser, avec l'emploi du bistouri de Caqué et de la pince de Museux. Richter (2) en Allemagne, Desault (3) en France, la recommandèrent; Sabatier (4), Mouton (5), Dupuytren (6), en fixèrent le manuel opératoire.

Blandin (7), en 1829, exposa ce dernier avec détails dans son remarquable article du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques en 15 volumes. Plus tard, il inventa un bistouri bien supérieur à celui de Caqué, et qui est encore aujourd'hui le meilleur que nous possédions.

(1) Dans ce travail, se trouvent les observations de Moscati, Caqué, et Museux.

(2) A. T. Richter. Anfangsgrunde der Wundarzneikunst, t. II, p. 40.

(3) Chirurgie de Desault, par X. Bichat, tome I.

(4) Sabatier. Traité des opérations chirurgicales.

(5) Mouton. Article amygdales du Dictionnaire en 60 volumes, tome II; Paris, 1812.

(6) Dupuytren. Cité par Blandin.

(7) Blandin. Article amygdales du Dictionnaire en 15 volumes, tome II, Paris, 1829; page 301.

Enfin, en 1860 (8), Denonvilliers et Gosselin écrivent dans le *Compendium de chirurgie pratique*, un chapitre sur la rescision des amygdales où le manuel opératoire est indiqué avec une clarté qui n'a été dépassée par aucun des auteurs qui ont écrit sur le même sujet :

« Le malade étant assis en face d'une fenêtre bien éclairée ; l'opérateur lui ordonne d'ouvrir fortement la bouche et abaisse la langue avec l'index de la main droite. Puis au moment où il voit l'amygdale gauche bien détachée, il la saisit avec une pince érigne en implantant les crochets aussi profondément que possible dans la partie supérieure de la glande, et surtout dans sa partie inférieure, qui est plus difficile à découvrir, et qu'il faut cependant tacher de bien saisir, sous peine de laisser une partie inutile et gênante de l'organe malade. L'amygdale étant alors attirée, avec la pince, en dehors de son excavation, le chirurgien s'empare, avec la main droite, du bistouri boutonné qu'un aide, placé à sa droite, a soin de présenter par le manche, le tranchant tourné en haut ; il porte ce tranchant au-dessous de la glande, et coupe de bas en haut suivant une ligne verticale passant en dehors du niveau de l'implantation des crochets, et parallèle aux piliers, qu'il ne touche pas. Il incline seulement le tranchant un peu en dedans au moment de terminer, afin de ne pas rencontrer le voile du palais. On doit avoir soin dans cette manœuvre, de faire cheminer le tranchant largement d'avant en arrière et d'arrière en avant, à la manière d'une scie ; car

(8) Denonvilliers et Gosselin. *Compendium de chirurgie pratique*. Paris, 1852-1861, tome III, page 774.

si l'on se contentait de presser de bas en haut ou même de ne faire que de très petits mouvements de scie, on ne terminerai pas assez vite, et un effort spasmodique de déglutition viendrait arrêter l'opérateur ou troubler la manœuvre, en amenant une déchirure de l'amygdale. C'est pour cette même raison que nous avons recommandé de se munir d'un bon tranchant. Avec cette double condition d'un bon tranchant et de grands mouvements de scie, l'opération s'achève très vite et sans accident désagréable..... (1).

b). — *Excision avec les ciseaux.*

Historique. — L'idée de pratiquer l'excision des amygdales avec des ciseaux, au lieu d'employer le bistouri, est généralement attribuée à Maurain. Mais, assez longtemps avant que Maurain ait proposé ce procédé, il avait été appliqué par d'autres. Il semble que le premier de ceux-ci ait été Moscati (de Milan) (2), et le second Le Cat (3) (de Rouen),

(1) Les auteurs du *Compendium* conseillent ensuite de ne pas hésiter à entamer les bords libres des piliers, en cas d'enchatonnement. Mais, ainsi que l'ont dit avec raison les auteurs classiques contemporains, cette manœuvre, qui expose à des hémorragies sérieuses, doit être absolument condamnée.

(2) *Moscati*. — Cité par A. Louis. — *Maurain*, a été également cité par le même auteur.

(3) *Le Cat*. — Mémoire sur l'extirpation des amygdales... ; (avec la

Caqué, Louis (1), Callisen (2), Richter (3), Flajani (4), se servirent aussi des ciseaux pour pratiquer la tonsillotomie. Les premiers utilisèrent d'abord des ciseaux ordinaires, à larges branches et à lames courbées sur le plat. D'autres utilisèrent des ciseaux inventés par Levret (5), et recommandés par cet auteur pour la section de la luette, ciseaux dont les tranchants sont légèrement courbes, afin de ne pas laisser glisser entre les lames les parties à sectionner. En 1785, Percy (6), inventa des ciseaux analogues à ceux dont se servent les jardiniers pour couper les grappes de raisin, et présentant l'avantage de ne pas laisser tomber dans la gorge les tissus sectionnés par l'instrument, innovation en somme inutile, puisque la pince à érigne de Museux dont l'usage est d'ailleurs nécessaire pour tendre et faire saillir la glande à sectionner, rend impossible cet accident.

Depuis le commencement du siècle, ce procédé n'a guère été recommandé que par Jules Cloquet (7), qui employait à cet effet les ciseaux à bec de lièvre de Dubois.

Il est aujourd'hui à peu près abandonné, bien que son exécution soit plus facile que la résection par le bistouri.

Manuel opératoire. — Il ne diffère guère de celui qui

figure des ciseaux courbes employés pour cette opération) in *Journal de médecine*, année 1755, tome II, pages 115 à 124.

(1) A. Louis. — Loc. cit. — Caqué est cité dans le travail de Louis.

(2) Callisen. — Princ. syst. chir. hodiernæ, tome I, page 641.

(3) Richter. — Loc. cit., t. IV, p. 40.

(4) Flajani. — Collez. d'oss. etc., oss. 62, page 249.

(5) Levret. — Obs. sur la cure de plusieurs polypes, etc. Paris, 1771, page 455, et planche V; fig. 6.

(6) Percy. — Mémoire sur les ciseaux à inciser, etc. Paris, 1785.

(7) J. Cloquet. — Article amygdales du Dictionnaire en trente volumes. Paris, tome II, 1833.

s'applique au procédé précédent. L'amygdale est saisie avec la pince de Museux, et légèrement tendue et tirée hors de sa loge. L'opérateur la sectionne, en cinq ou six coups de ciseaux en dirigeant leurs lames de façon à couper dans la direction antero-portérieure, parallèlement au plan des bords libres des piliers.

M. Ruault, qui avant d'imaginer sa pince à morcellement, avait depuis peu abandonné l'amygdalotome pour les ciseaux, se servait, pour fixer l'amygdale, non d'une pince de Museux qui déchire souvent le tissu de la glande, mais d'une sorte de pince à forcipressure à mors plats et assez larges, dont la surface interne quadrillée maintenait l'amygdale sans glisser sur sa surface. Il employait des ciseaux à lames droites, assez étroites, à extrémités minces, mais mousses, et légèrement coudées, de façon à pouvoir aisément sectionner la partie inférieure de la tonsille en faisant plonger un peu la pointe des ciseaux dans le pharynx. Mais aujourd'hui il n'emploie plus guère les ciseaux que pour exciser des lambeaux flottants après la discission, ou encore pour enlever un fragment de l'amygdale dans les cas de diagnostic difficile, lorsqu'il s'agit de soumettre à l'examen histologique ou bacteriosopique, les tissus ou les ulcérations dont la nature est douteuse.

Récemment, M. Péan a proposé de faire la section de l'amygdale d'un seul coup, à l'aide d'une forte pince coupante à mors creux en forme de cuillers tranchantes. C'est là une variante de la méthode des ciseaux : nous ne comprenons pas pourquoi M. Péan lui donne le nom d'ablation des amygdales *par morcellement* : le mot morcellement ne signifie-t-il pas enlever une tumeur ou autre chose *par mor-*

ceaux ? Or, dans son livre, l'auteur dit qu'il enlève *d'un seul coup* toute la partie saillante de la glande et que sa pince a pour but de remplacer le tonsillotome ordinaire (1).

On voit, par la lecture de l'observation de M. Péan, que le titre que lui a donné son auteur est absolument injustifiable.

Nous ne signalons ici cette méthode que pour lui contester formellement la dénomination que M. Péan lui a donnée. Il nous suffira d'affirmer, en nous appuyant sur des essais répétés faits par M. Ruault dans son service, que la pince de M. Péan ne peut réaliser qu'exceptionnellement, en cas d'amygdales friables et à muqueuse très mince, la section nette de la glande. Dans tous les autres cas, la section reste incomplète et le morceau ne peut être enlevé que par une traction violente réalisant la déchirure des lambeaux de muqueuse restés adhérents après le rapprochement des mors ; manœuvre douloureuse et brutale, comme toutes les manœuvres d'arrachement.

(1) Voici l'observation unique citée par M. Péan, dans le tome VIII de ses *Leçons de clinique chirurgicale*, p. 658.

Hypertrophie des amygdales. Ablation par morcellement (?) avec la pince coupante. Guérison.

Enfant de 10 ans atteint d'hypertrophie volumineuse des deux amygdales. Année 1888 (externe) Ablation des amygdales avec la pince coupante fenêtrée, de notre modèle, et représentée dans les figures 7 et 8 (pages 651 et 652). Nous avons saisi, l'une après l'autre, les amygdales avec les pinces, et enlevé d'un seul coup, sur chacune d'elles, la portion exubérante. L'exérèse a été si rapide que le malade a été tout étonné que ce fut déjà terminé.

c) *Excision avec les amygdalotomes.*

Historique. — C'est un médecin américain, Physick qui a imaginé le premier un instrument spécialement destiné à guillotiner les amygdales. Son tonsillotome se composait d'un anneau destiné à enclaver l'amygdale, qui était coupée par un couteau à glissière, agissant d'avant en arrière (1).

Plus tard seulement, en 1832, Fahnestock (2), compatriote de Physick, inventa à son tour un amygdalotome muni d'une aiguille destinée à transfixer l'amygdale et à l'empêcher de tomber dans la gorge après sa section, et coupant à l'aide d'un tranchant annulaire agissant d'arrière en avant.

Ce dernier instrument, importé en France, s'y vulgarisa rapidement. Il fut modifié d'abord par Velpeau, qui y fit ajouter une fourche qui amenât l'amygdale en dedans après l'avoir transfixée, puis, par Guersant, qui donna à l'anneau une forme plus appropriée à celle de l'amygdale que ne l'avait fait Fahnestock.

Depuis lors, l'ingéniosité des fabricants d'instruments s'est exercée à un haut degré en faisant subir à l'instrument de Fahnestock, d'innombrables modifications, et l'on

(1) *Physick*. — American journ. of the Med. Sciences, vol. I, p. 262

(2) *Fahnestock*. — American journal of the medical sciences, vol. XI, p. 248.

pourrait aujourd'hui compter plus de soixante modèles d'amygdalotomes.

Morell-Mackenzie avait adopté, peut-être avec raison, l'instrument primitif de Physick, qui est certainement construit sur un principe plus logique que celui de Farnestock. Mais, en France tout au moins, on se sert à peu près uniquement de l'instrument de Mathieu, l'amygdalotome à trois anneaux, très ingénieux d'ailleurs, et trop connu de tout le monde pour que nous nous attardions à en faire ici la description.

Le manuel opératoire de l'amygdalotomie est d'une extrême simplicité. Prenons par exemple l'instrument de Mathieu. On le manœuvre d'une seule main, le pouce engagé dans l'anneau inférieur pousse la tige qui supporte la fourche; en même temps que l'index et le médius placés dans 2 anneaux qui vont sur un même plan se rapprochent et entraînent avec eux la lame coupante, laquelle n'agit que lorsque la fourchette est arrivée à l'extrémité de sa course, c'est-à-dire qu'elle a embroché et soulevé la tumeur.

Dès 1860, Denonvilliers et Gosselin, dans le Compendium de chirurgie pratique (1), avaient donné une bonne description de l'amygdalotomie avec l'instrument de Farnestock.

« Nous supposons le malade assis en face d'une fenêtre et ouvrant bien la bouche. Le chirurgien abaisse la langue avec son doigt indicateur gauche, afin de mettre à découvert l'extrémité inférieure de l'amygdale gauche; et place avec sa main droite l'anneau métallique, de telle façon que

(1) Compendium de chirurgie pratique, loco. cit.

la glande le dépasse en dedans : c'est le premier temps de l'opération. Dans le deuxième temps, il pousse d'arrière en avant les deux piques avec sa main gauche et appuyant ensuite sur l'anneau de leur manche, il les fait saillir en dedans et l'amygdale avec elle. Le troisième temps consiste à ramener la lame d'arrière en avant avec la main droite, pendant que la main gauche assujettit tout l'instrument avec les deux piques dans la position indiquée tout à l'heure. L'opération est ainsi terminée très rapidement, et l'instrument en sortant de la bouche, ramène assujetti sur les lances munies de crochets disposés à cet effet, le fragment amygdalien. Après quelques minutes de repos, on enlève l'amygdale droite de la même façon, mais en changeant le rôle des mains, c'est-à-dire se servant de la main gauche pour placer l'anneau (premier temps) et attirer le tranchant (troisième temps), de la droite pour pousser les piques (deuxième temps) et assujettir l'instrument....

« M. Chassaignac, au lieu d'enlever les deux amygdales, l'une après l'autre, les enlève toutes deux en même temps. Pour cela il se sert de deux amygdalotomes, place d'abord celui de droite, et après avoir implanté les piques, le confie à un aide, il place ensuite celui de gauche (sur l'amygdale droite), achève l'opération de ce côté, et, reprenant l'autre amygdalotome, achève la même section. »

d) *Excision avec l'anse galvanique.*

Nous laissons absolument de côté l'ablation des amygdales pratiquée avec les divers serre-nœud et écraseurs à froid, bien que cette méthode ait été employée autrefois

et que quelques auteurs aient cherché à y revenir plus récemment. La résistance, parfois extrême, de la muqueuse tonsillaire, le rend en effet, assez souvent, extrêmement pénible ou même impraticable avec les serre-nœud à fils métalliques ordinaires, et les instruments plus résistants sont d'une application si difficile, que Chassaignac, lui-même, ne conseille de chercher à utiliser son écraseur pour cette opération.

Il n'en est plus de même du serre-nœud à anse galvanocaustique, à l'aide duquel la section peut toujours être réalisée sans effort, si l'instrument est convenablement manié. Mais malheureusement ce maniement est loin d'être aisé, et exige une très grande habitude, que l'usage constant de l'appareil peut seul permettre d'acquérir.

Aussi ne ferons-nous guère ici que signaler cette méthode, peu recommandable malgré les avantages réels qu'elle présente sur certains autres, en raison des appareils coûteux, compliqués, d'entretien et de surveillance difficiles, et toujours encombrants, qui sont indispensables à sa mise en œuvre. Nous nous abstiendrons d'exposer en détail son manuel opératoire, ce que nous ne pourrions faire sans consacrer plusieurs pages à des descriptions techniques, que nous pensons être autorisés à laisser de côté,

L'instrument à mettre en usage doit pouvoir se manier d'une seule main : le serre-nœud électrique de M. Ruault est peut-être le meilleur de tous, et celui dont le maniement est le plus facile. Comme source d'électricité, on doit faire usage d'un accumulateur plutôt que d'une pile, en raison de l'inconstance de ces dernières. Pour appliquer le serre-nœud, l'opérateur doit faire abaisser la langue du sujet par un

aide; et tenir lui-même d'une main le serre-nœud, et de l'autre une pince de Museux. L'anse étant développée et disposée convenablement, l'opérateur passe à travers cette anse l'extrémité de la pince (qui doit être à longues branches), saisit l'amygdale et la tire un peu en dedans. Puis il introduit l'anse obliquement dans la bouche et engage l'amygdale dans l'anneau qu'elle forme. Il serre ensuite l'anse à froid, de façon à étrangler un peu la glande, au niveau des piliers; et faisant ensuite passer le courant par intervalles, il sectionne lentement, à petits coups, en ayant bien soin de ne pas laisser le courant passer assez longtemps pour que le fil de platine arrive à fondre. Si la manœuvre est faite de telle façon que la platine reste à la température du rouge cerise sans la dépasser, la section se fait sans écoulement sanguin.

C'est précisément là que gît la difficulté. Aussi, bien que M. Garel (1) (de Lyon) considère l'anse galvanique comme l'instrument le plus recommandable pour pratiquer l'amygdalotomie, et que M. Moure (de Bordeaux) recommande aussi son emploi (2), nous ne pensons pas que cette méthode soit capable de se généraliser si l'ingéniosité des inventeurs ne réussit pas à doter l'arsenal chirurgical d'un modèle de serre-nœud galvano-caustique plus maniable que les instruments actuels (3).

(1) *Garel*. De l'ablation des amygdales au moyen de l'anse galvano-caustique. *Province médicale*. 1892.

(2) *Moure*. Traitement de l'hypertrophie des amygdales, Paris, 1893.

(3) Au moment où nous venions de terminer notre travail, notre maître M. Ruault nous mettait sous les yeux un nouvel instrument de son invention tellement supérieur à tous les autres, que nous sommes heureux d'être autorisés par lui, à en dire quelques mots ici, bien qu'il

CHAPITRE III.

VALEUR RELATIVE DES MÉTHODES RAPIDES. AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS.

Le seul avantage de ces méthodes, commun d'ailleurs à elles toutes, est précisément leur rapidité d'exécution et la réalisation, pour ainsi dire instantanées, du résultat théra-

n'ait pas encore publié la description de son appareil. Ce nouveau serre-nœud qui a été construit sur les indications de M. Ruault par un habile électricien de Paris, M. Radiguet, est disposé de façon à ce que le courant arrive à traverser l'anse en trouvant sur son trajet dans le manche une résistance d'autant plus grande que l'anse est plus courte. Le diamètre du fil de platine et la résistance du manche sont calculées de telle sorte que, lorsqu'un courant arrive à l'appareil avec une intensité donnée, on puisse, pendant le passage du courant, rétrécir progressivement l'anse jusqu'au bout sans que la température du fil de platine cesse de rester constante. Avec cet instrument, on ne court absolument plus aucun risque de brûler le fil, et on reste maître de lui donner la température convenable et de l'y maintenir exactement pendant des intervalles de temps égaux, à quelque point de sa course que l'anse soit parvenue.

Quelle que soit la perfection de cet appareil, son apparition ne nous semble pas devoir nous faire changer d'opinion sur ce que nous avons dit plus haut de l'anse galvanique en général; mais nous ne doutons pas que dorénavant les spécialistes, en adoptant le nouvel instrument de M. Ruault, ne soient amenés à faire de l'anse chaude un usage beaucoup plus constant, en rhinologie et en laryngologie, qu'ils n'ont fait jusqu'ici.

peutique cherché, qu'elles permettent lorsqu'elles sont exécutables et bien exécutées. Leur grand inconvénient commun, c'est d'exposer l'opéré à des hémorrhagies consécutives.

Nous n'avons pas l'intention de consacrer une partie de notre travail à l'importante question de l'hémorrhagie consécutive à l'amygdalotomie. Elle a été parfaitement étudiée avant nous, et d'ailleurs ce serait sortir de notre sujet que d'insister sur ce point. Mais ce que nous croyons utile de faire remarquer, c'est que cet accident peut se montrer aussi bien après l'emploi du bistouri que celui de l'amygdalotome, et que les ciseaux n'en mettent point non plus l'opéré à l'abri, ainsi que le démontre une observation de Gensoul citée dans la thèse de M. Bondet de la Bernardie (1). Théoriquement, l'emploi de l'anse galvano-caustique semblerait devoir être exempté d'un pareil danger, et en effet nous ne connaissons pas, pour notre compte, d'observations d'hémorrhagie immédiate ou secondaire survenues chez des malades opérés de cette façon. Mais nous sommes convaincu que cette absence de documents tient à la rareté des opérations de ce genre. Bien souvent, en effet, sinon presque toujours, l'amygdalotomie faite avec le serre-nœud électrique donne lieu à un écoulement sanguin d'abondance variable ou même presque nulle, mais presque constant; et cela tient à l'extrême difficulté de maintenir le fil, pendant toute la durée de la section à une température suffisante pour lui permettre de diviser le tissu, mais au-

(1) *Bondet de la Bernardie*. Thèse de Paris, 1881, p. 49.

dessous du rouge blanc ou d'une chaleur telle que la division se fasse trop vite et laisse une surface de section cruentée.

Nous n'avons en vue ici, bien entendu, que les hémorrhagies absolument indépendantes d'une faute opératoire du chirurgien, ou de ce que l'opération a été faite au moment d'une inflammation aiguë (1), etc. nous n'entendons parler que des hémorrhagies accidentelles et qu'il est absolument impossible de prévoir avant l'intervention.

Comparons maintenant entre elles les diverses méthodes rapides, recherchons si chacune d'elles présente des indications spéciales, examinons leurs avantages et leurs inconvénients particuliers. Nous laisserons de côté, dans notre étude critique, l'ablation à l'aide de l'anse chaude, que nous sommes loin de condamner sans examen et dont nous apprécions hautement la valeur théorique, mais que nous considérons, ainsi que nous l'avons déjà dit, comme une méthode à réserver, à cause de l'appareil instrumental exceptionnel qu'elle exige. Par conséquent il nous reste à examiner comparativement la valeur du bistouri, de l'amygdalotome, et des ciseaux.

Nous ferons remarquer, tout d'abord, que rien n'est plus

(1) M. Ruault est d'ailleurs convaincu que l'influence de l'inflammation aiguë ou sub-aiguë sur la production des hémorrhagies *persistantes* après l'amygdalotomie a été très exagérée. Lui-même a enlevé plusieurs fois des amygdales atteintes d'inflammation plus ou moins intense, sans accidents. Sokolowski et Dmokowski (*Archives de laryngologie*, 1892) ont fait de même. Bouchut a enlevé un grand nombre d'amygdales atteintes de diphthérie, sans avoir d'hémorrhagies. Il suffit d'ailleurs de compulser les observations d'hémorrhagies pour voir que les cas où il existait une amygdalite aiguë ou sub-aiguë au moment de l'ablation sont loin d'être en majorité.

faux que de croire, ainsi qu'on l'a si souvent répété, qu'il soit plus facile de réséquer avec le bistouri qu'avec l'amygdalotome les amygdales enchatonnées. En cas de tonsilles enchatonnées, le bistouri ou les ciseaux ne permettent pas plus que l'amygdalotome de faire la résection *sans danger*, car il est de règle formelle de raser les piliers dans tous les cas, et de ne pas se hasarder à inciser obliquement en dehors pour se rapprocher de la face profonde de la glande. Donc, toutes les fois où l'amygdale est saillante ou pédiculée, sa résection est plus facile, quel que soit l'instrument employé. Dès lors, le meilleur de ceux-ci sera celui qui permettra de la réaliser le plus rapidement possible, c'est-à-dire l'amygdalotome. Celui-ci n'aura sur l'emploi des ciseaux, qui ne permettent pas de trancher l'amygdale d'un seul coup, que cet avantage ; il aura de plus, sur le bistouri de Blandin, celui d'exposer infiniment moins le malade à une blessure du voile palatin, des piliers, de la langue ou des lèvres, accident qu'un mouvement intempestif du malade, si les aides le maintiennent imparfaitement, peut rendre inévitable avec le bistouri.

Mais, d'autre part, l'amygdalotome vulgaire, à trois anneaux et à fourche, a l'inconvénient de ne pas toujours donner des résultats complets et certains. Son mécanisme, automatique, constant, impossible à modifier par la main du chirurgien, le rend incapable de réaliser toujours et sûrement les mêmes effets : quelque soin que mette le chirurgien à bien appliquer l'instrument, et à ne le faire agir que lorsqu'il est en place, jamais l'opérateur n'est sûr du résultat qu'il va obtenir, jamais il ne peut répondre d'enlever du haut en bas toute la partie saillante de la glande.

Tantôt, en effet, la fourche pénètre dans une crypte, tantôt dans le tissu propre ; et, dans le premier cas, la crypte seule est distendue par le mouvement en dedans de la fourche, sans que l'amygdale entière soit tirée en dedans, ce qui a lieu au contraire dans le second cas. Mais, dans ce second cas même, si l'amygdale est friable, la fourche peut la déchirer et non l'attirer en dedans. Bien plus, même si la tonsille est ferme, elle peut n'être pas tirée en dedans par un mouvement de translation régulier, si elle présente avec l'un des piliers des adhérences un peu étendues. Cette dernière cause d'insuccès relatif peut, à la vérité, être évitée sûrement, si l'opérateur a soin de mettre en pratique le précepte important que M. Ruault a été le premier à mettre en lumière : *Ne jamais pratiquer l'amygdalotomie avant d'avoir libéré les amygdales, s'il y a lieu, de leurs adhérences aux piliers*. Mais les autres ne peuvent pas être évitées, elles sont impossibles à prévoir, et quelque bien adapté que soit le diamètre de l'anneau à la dimension de la tonsille à couper, le chirurgien ne peut s'y soustraire à coup sûr.

Ces considérations, que nous empruntons à l'enseignement de M. Ruault qui les a développées longuement, et à plusieurs reprises, dans ses conférences cliniques de laryngologie de l'hospice des Sourds-Muets, nous amènent à conclure avec lui que des trois méthodes classiques anciennes d'exérèse immédiate des amygdales hypertrophiées, celle qui semble préférable aux autres est vraisemblablement la moins répandue de toutes, c'est-à-dire l'ablation avec les ciseaux. Moins rapide que celle faite avec l'amygdalotome, elle est cependant plus rapide que la rescision au

bistouri ; plus sûre que la première en ce sens que l'opérateur est maître de faire ce qu'il veut parce qu'il voit ce qu'il fait pendant toute la durée de la section, et aussi inoffensive qu'elle au point de vue de l'absence de danger de blessure des régions voisines ; elle est, d'autre part, bien moins dangereuse et à la fois beaucoup moins douloureuse que la seconde. Elle n'exige, lorsque l'amygdale est bien saisie avec la pince, la langue bien abaissée et le malade bien maintenu, que quelques secondes : trois ou quatre coups de ciseaux suffisent pour détacher la tonsille à réséquer. Enfin, ainsi que Jules Cloquet l'avait déjà remarqué (1), l'écoulement sanguin immédiat est très sensiblement moindre qu'avec le bistouri (ou l'amygdalotome, ajouterons-nous), et ce fait n'est pas indifférent, puisqu'il donne plus de facilité pour enlever la seconde amygdale, s'il y a lieu, sans que le sang mélangé au mucus buccal empêche de bien voir les parties après l'ablation de la première.

Toutefois, cette hémorrhagie immédiate est encore assez notable pour être capable d'effrayer les malades, surtout les enfants, et encore plus peut-être leur entourage. Il en résulte que l'ablation de la seconde amygdale est toujours plus difficile à faire accepter que celle de la première ; et comme la présence dans la gorge d'une quantité variable de sang et de mucus la rend plus souvent moins aisée par elle-même, il en résulte que souvent l'opération réussit bien d'un côté et mal de l'autre, ce qui est évidemment regrettable.

Nous ne parlons pas du conseil, donné par quelques chi-

(1) J. Cloquet. Loc. cit.

rurgiens, de ne pratiquer l'ablation de la seconde amygdale qu'après un intervalle de quelques jours. On se prive ainsi, délibérément, du plus grand avantage de l'amygdalotomie immédiate, et de la méthode rapide on fait une méthode lente. Mieux vaut donc, si l'on entre dans cet ordre d'idées, recourir aux méthodes lentes classiques, qui ont du moins l'avantage de diminuer dans des proportions considérables, sinon de supprimer totalement, les chances d'hémorrhagie secondaire.

CHAPITRE IV

MÉTHODES LENTES.

C'est de la crainte de l'hémorragie immédiate, tout d'abord, et surtout de la crainte des hémorragies secondaires, que sont nées les méthodes lentes.

De ces méthodes, assez nombreuses, quelques-unes sont aujourd'hui complètement abandonnées : telles sont la destruction des amygdales hypertrophiées par les applications de caustiques chimiques (cautères potentiels), et l'ablation par le procédé de la ligature amenant la séparation de la portion pédiculisée au bout de quelques jours, après production de sphacèle. Nous ne les rappelons ici que pour mémoire, et nous nous abstiendrons d'en faire l'historique, qui ne peut plus présenter pour nous qu'un intérêt purement retrospectif.

Quelques autres, beaucoup plus récentes, n'ont pu réussir à se vulgariser, et ne sont que très exceptionnellement utilisées. Telles sont la méthode des injections iodées interstitielles, dont l'idée appartient au professeur Luton (de Reims), et qui a été mise en usage par M. Moresco (de Cadix). Ce dernier auteur en a obtenu de bons résultats,

qu'il a communiqué au Congrès international de laryngologie de Milan, en 1881 (1). Telle est encore la méthode électrolytique, un peu plus répandue que la précédente, mais que les électro-thérapeutes sont à peu près seuls à utiliser encore aujourd'hui.

Les méthodes lentes les plus répandues aujourd'hui sont au nombre de deux : 1^o l'*ignipuncture*, et 2^o la *discission*. Avant de les décrire, nous dirons quelques mots de l'électrolyse ou *galvano-puncture*.

a) *Galvano-puncture*.

Boudet de Paris, qui a été le premier à proposer et à pratiquer cette opération, l'a recommandée chaudement, il y a quelques années (1). Plus récemment d'autres auteurs, M. Larat entre autres, ont affirmé également son efficacité.

L'instrument de Boudet « se compose d'un anneau métallique porté au bout d'une tige conductrice; cet anneau, ovale, de façon à se rapprocher de la forme des amygdales est traversé suivant son petit diamètre par une aiguille mobile, qu'on peut enfoncer ou retirer à volonté; l'anneau est positif, l'aiguille négative. L'amygdale une fois englobée dans l'anneau, l'aiguille est enfoncée. On augmente progressivement l'intensité jusqu'à 25 ou 30 milliampères au maximum, et l'on retire le tout au bout d'une minute environ. »

(1) *Moresco*. C. R. du Congrès international de laryngologie de Milan, 1881.

(1) *Boudet de Paris*. — C. R. du Congrès français de chirurgie, 1887.

L'instrument, comme on voit, ressemble à un amygdalotome.

« Cette instrumentation spéciale, dit M. Larat (2), n'est pas indispensable. Il suffit, avec une aiguille à électro-puncture, de pénétrer profondément dans la glande, tandis que le pôle indifférent, représenté par une plaque d'étain recouverte et de peau de chamois, est appliqué sur le bras du malade. »

D'après M. Larat, « quatre ou cinq piqûres à quelques jours d'intervalle suffisent souvent à déterminer une regression complète de l'organe. D'autres fois, l'amélioration se fait beaucoup plus attendre et de nombreuses séances d'électrolyse sont nécessaires. Cependant dix ou douze séances doivent suffire dans tous les cas pour traiter les deux amygdales. »

b) *Ignipuncture.*

Historique. — L'ignipuncture est une des plus anciennes parmi les méthodes lentes de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire. Mais comme l'emploi de l'ancien cautère actuel à canule, préconisé par Marc Aurèle, Séverin, Scharp, Heister, Wisemann, Pauli, Louis, Percy, est actuellement absolument abandonné, nous nous abstenons de faire remonter l'histoire de la méthode jusqu'aux essais de ses premiers adeptes.

En réalité, l'ignipuncture, telle qu'elle est aujourd'hui

(2) Larat. — Précis d'électrothérapie. Paris, 1890, page 378.

pratiquée, date de l'application du galvano-cautère à l'opération ; et sa vulgarisation s'est produite le jour où, pour la pratiquer, on a commencé à se servir du thermo-cautère de M. Paquelin. Telles sont les deux dates importantes de l'histoire de l'ignipuncture appliquée au traitement de l'hypertrophie tonsillaire. Les premiers auteurs qui ont utilisé le galvano-cautère sont Riesenfeld (de Breslau) (1875), et Michel (de Cologne) (1876) ; ceux qui ont inauguré l'usage du thermo-cautère sont Krishaber (1881), et le professeur Verneuil (id). Plus récemment, M. de Saint-Germain s'est montré le partisan le plus décidé, peut être de tous, de cette méthode de traitement. Dans ces quinze dernières années, l'ignipuncture des amygdales a fait l'objet d'un nombre considérable de travaux. Mais aussi bien pour ce qui concerne l'ignipuncture à l'aide du thermo-cautère que celle avec le galvano-cautère, les auteurs ne sont d'accord ni sur le manuel opératoire le meilleur, ni sur la façon de pratiquer les brûlures, ni sur l'intervalle à mettre entre les séances consécutives ; et l'on peut se convaincre, par la lecture de ces travaux divers, que beaucoup de leurs auteurs ont modifié à plusieurs reprises leurs idées à ce sujet.

Aussi n'entreprendrons-nous pas ici l'exposition de ces opinions multiples et diverses, qui exigerait à elle seule un volume. Nous exposerons, au sujet de l'emploi du cautère Paquelin, la méthode de Krishaber ; et, au sujet de l'emploi du galvano-cautère, celle de M. Ruault, que nous avons souvent vu pratiquer dans son service par lui-même et par ses élèves.

Ignipuncture à l'aide du thermo-cautère Paquelin. —

Nous ne saurions mieux faire que de citer l'article que Krishaber publia en 1881 sur la première.

« Lorsque (1) j'emploie le thermo-cautère, dit-il, j'aborde l'amygdale avec la pointe de l'instrument que j'enfonçe autant que possible dans le tissu glandulaire, puis je retire l'instrument et je fais de nouvelles ponctions au-dessus ou au-dessous de la première. J'en pratique en moyenne cinq ou six par séance. Je fais mes premières cautérisations suivant une ligne verticale à six ou huit millimètres environ du bord libre. Cette distance varie, on le comprend, suivant les cas ; si l'hypertrophie est considérable, il ne peut y avoir aucun inconvénient à attaquer la glande sur un point plus central.

« Les ponctuations successives sont faites sur une ligne verticale et aussi profondément que possible ; il en résulte que la partie libre limitée par l'escarre peut se détacher spontanément, quand la cautérisation est suffisante, et que le travail de destruction marche ainsi rapidement.

« Si l'on emploie le thermo-cautère, il faut retirer l'instrument de la bouche après cinq ou six ponctuations successives pour le porter de nouveau à la température requise.

« Entre deux séances, on peut mettre un intervalle de un à plusieurs jours, pour laisser aux eschares le temps de se détacher et pouvoir juger des effets obtenus par la cautérisation précédente.

« Il serait possible de détruire aussi les amygdales en

(1) M. Krishaber. Annales des maladies de l'oreille, du larynx. p. 125. Paris, 1881.

une seule séance ; mais, en général, il est préférable de répéter l'opération un certain nombre de fois....

« Pour obtenir la destruction ou la régression complète des amygdales, il faut, en moyenne, pratiquer sur chacune d'elles quatre à cinq séries de cautérisations et laisser entre les séances un intervalle de quelques jours, variable suivant la rapidité du processus réparateur chez chaque malade.

« On peut apprécier, par ces données, la durée ordinaire du traitement. »

Ignipuncture à l'aide du galvano-cautère. — Les galvano-cautères en usage à la Clinique laryngologique des Sourds-Muets pour l'ignipuncture des amygdales sont constitués par une pointe mousse en fil de platine de gros calibre, dur et résistant. Le fil est replié, à son extrémité, en forme d'U très allongé, et la partie qui rougit présente une longueur d'un centimètre et demi environ. Ces cautères, construits par M. Chardin, se montent sur le manche du même constructeur. Le courant est fourni par une batterie de deux accumulateurs qu'on couple d'ordinaire en quantité, et qu'on ne coupe en tension que lorsque l'indocilité du malade et la nécessité d'aller vite et de se retirer brusquement au besoin obligent à rougir le fil le plus rapidement possible.

M. Ruault prescrivait autrefois de pratiquer l'ignipuncture en faisant avec le cautère une simple transfixion de l'amygdale, de façon à ne pas former de cratère, mais à produire une brûlure en séton, avec deux orifices, l'un d'entrée, l'autre de sortie (1).

(1) Voyez *Balme*. Thèse de Paris, 1888, pages 107, 108.

Plus tard, M. Ruault ayant observé deux cas où, à la suite de l'intervention, il s'était produit une vive inflammation et des abcès consécutifs, ne se contenta plus de transfixer l'amygdale. Une fois cette transfixion faite, il fendit l'amygdale dans toute son épaisseur, de dehors en dedans, c'est-à-dire que le cautère une fois enfoncé d'avant en arrière dans toute l'épaisseur de la glande si possible, il continua à faire passer le courant en portant la main en dedans, jusqu'à ce que le pont de tissu amygdalien soit sectionné (1).

C'est la méthode qu'il emploie encore souvent aujourd'hui, bien qu'il préfère d'ordinaire pratiquer avec le galvanocautère, recourbé en crochet comme un stylet à discision, une véritable *discision à chaud* ; ainsi qu'il l'indique dans son article du tome III du *Traité de médecine* (2). Le plus souvent, à vrai dire, il emploie ces deux procédés concurremment.

De cette façon, on ne saurait éviter sûrement, il est vrai, les réactions consécutives, mais elles sont d'ordinaire moins fortes que si l'on se contente d'enfoncer le cautère dans la glande, ou même de la transfixer. On peut donc multiplier les coups de cautère, et diminuer ainsi beaucoup le nombre des séances. En trois ou quatre interventions, pratiquées à dix ou douze jours d'intervalle, le résultat cherché est d'ordinaire obtenu. Mais la rapidité des résultats est très variable suivant les sujets, et il en est de même de la réaction inflammatoire consécutive à l'opération. M. Ruault nous a fait remarquer plusieurs fois qu'il n'y avait d'ailleurs pas

(1) Voyez *Dodart*. Thèse de Bordeaux, 1889.

(2) *Traité de Médecine*. Paris, 1892, tome III, page

de relations constantes entre l'intensité de la réaction et la rapidité de la rétraction consécutive.

La majorité des sujets souffrent pendant vingt-quatre ou trente-six heures, plus ou moins, après l'intervention. Quelques-uns ont une véritable angine traumatique, avec un peu de fièvre et des douleurs vives ; les autres n'ont qu'une gêne modérée. Quelques-uns enfin ne souffrent pour ainsi dire pas. Le traitement consécutif consiste en gargarismes à l'eau froide, ou même glacée, s'il y a une vive douleur. Le troisième ou le quatrième jour, toute sensation pénible a d'ordinaire disparu, et les eschares tombent du septième au dixième jour le plus souvent.

c) *Discission.*

Quoique la discission ne compte pas à proprement parler parmi les traitements de l'hypertrophie tonsillaire, nous devons en dire un mot parce que fréquemment dans l'amygdalite lacunaire chronique, la glande subit une augmentation de volume tenant non seulement à la distension de la glande par les masses caséeuses, mais encore à une véritable hypertrophie. En effet, dans l'inflammation chronique de la muqueuse qui tapisse les cryptes tonsillaires, la phlegmasie a pour effets de retentir sur le parenchyme amygdalien sous-jacent et donne lieu soit à de la sclerose hypertrophique, soit à de la sclerose atrophique. Dans le premier cas, après avoir pratiqué la discission, souvent il faudra songer à traiter l'hypertrophie. Gampert, dans sa thèse inaugura le,

a tracé le manuel opératoire suivi d'une friction avec un topique iodé. « L'opérateur (1) se place bien en face du malade, éclaire la gorge, abaisse la langue doucement pour éviter les réflexes, puis avec le crochet mousse, tenu de la droite, il cherche le point douloureux si le malade a su l'indiquer, sinon il pratique systématiquement la dissection des cryptes. Il vaudra mieux commencer par les cryptes inférieures pour ne pas être gêné par le sang qui s'écoule. — On engage l'extrémité mousse du crochet dans un orifice et l'on cherche à le faire ressortir par un autre ou bien à travers le tissu dans un point voisin.

Un pont de tissu est ainsi compris dans la concavité du crochet, on tire à soi, le tissu friable cède, un peu de sang s'écoule et la lacune béante laisse échapper des concrétions qui sont crachées par le malade. On renouvelle la même manœuvre, si c'est nécessaire, pour agrandir l'ouverture et pour les autres cryptes.

Si le tissu est trop dur, ou si le point compris dans le crochet est trop épais, il est bon d'appuyer sur l'amygdale avec l'extrémité du petit releveur de la luette, pour empêcher l'amygdale de venir trop en avant, et ne pas déchirer les tissus à distance. Quelquefois on ne pourra faire pénétrer le crochet mousse ; on prendra alors le crochet pointu dont on se servira de la même manière.

..... Il faudra laisser le malade reposer huit jours environ pour laisser le temps aux petites plaies de se cicatriser.

(1) Gampert : traitement de l'amygdalite lacunaire chronique par la dissection des amygdales. Thèses de Paris, 1890-1891.

Lorsqu'on revoit les malades au bout de huit jours, on trouve souvent les parties discisées, réunies de nouveau par des adhérences faibles qu'on rompt facilement en y passant le crochet. »

CHAPITRE V

VALEUR RELATIVE DES MÉTHODES LENTES.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS.

N'ayant aucune expérience du traitement de l'hypertrophie tonsillaire par les injections iodées interstitielles (méthode Moresco), ni de celui par l'électrolyse (méthode Boudet de Paris), que nous n'avons jamais vu pratiquer et que notre maître M. Ruault nous a dit n'avoir jamais mises ni jamais vu mettre en usage, nous nous abstiendrons de les juger, et d'émettre aucune appréciation sur leur valeur. Nous ferons cependant remarquer que la première présente évidemment des difficultés d'exécution particulières, car il doit être impossible, après avoir enfoncé l'aiguille de la seringue, de savoir si on va faire pénétrer le liquide injecté dans une cavité cryptique ou dans le tissu propre de la glande. De même, il nous semble que, chez les enfants surtout, il doit être assez rare d'obtenir l'immobilité et la docilité du malade pendant toute la durée du passage du courant, lorsqu'on pratique la galvano-puncture.

Mais nous pouvons comparer entre-elles les deux autres méthodes : la discission et l'ignipuncture. Cette comparai-

son est facile à établir ; et l'on peut dire que toutes deux se valent, car leurs indications sont différentes.

En effet, la discission n'est pas, en réalité, une méthode de traitement de l'hypertrophie tonsillaire véritable, mais de l'amygdalite lacunaire chronique, ce qui est différent, bien que cette dernière affection puisse coïncider avec l'hypertrophie. Par la discission, on vide les cryptes de leurs concrétions, et consécutivement on obtient la disparition de la tuméfaction congestive que présentait l'amygdale sous l'influence de l'irritation que causaient précisément ces concrétions lacunaires ; mais, lorsque la glande présente en même temps une véritable hypertrophie diffuse, celle-ci ne disparaît pas nécessairement à la suite de l'opération : on la voit diminuer parfois, mais pas toujours, ainsi que M. Ruault l'a fait remarquer. Cependant, lorsqu'on fait suivre la discission d'une friction énergique de la surface cruentée avec une *solution aqueuse iodo-iodurée alcaline forte*, comme le fait M. Ruault, la disparition progressive de l'hypertrophie est *presque* la règle.

Appliquée à la pseudo-hypertrophie déterminée par l'amygdalite lacunaire chronique, l'ignipuncture, pratiquée suivant le procédé ordinaire (transfixion) surtout, donne des résultats médiocres et se montre parfois même nuisible. En effet, ainsi que l'a fait remarquer M. Gampert, il peut arriver que la rétraction amène l'oblitération d'une crypte remplie de concrétions, et il en résulte des accidents douloureux, ou même des abcès à répétition, qui ne cessent qu'après un débridement convenable.

Dans tous les autres cas, l'ignipuncture donne de bons résultats, lorsqu'elle est faite au galvano-cautère comme

nous l'avons indiqué plus haut. Toutefois, elle a l'inconvénient de causer une douleur, souvent légère, mais assez persistante; et qui peut même augmenter le lendemain et empêcher le malade de manger. Il peut y avoir de la fièvre, une véritable angine. Cette complication ne se produit le plus souvent qu'à la suite de la première séance, mais il est impossible de l'empêcher à coup sûr. Enfin, le grand inconvénient de la méthode est d'être trop lente; il faut plusieurs semaines pour guérir le malade; et on ne gagne rien à rapprocher les séances.

Il nous faut maintenant comparer entre-elles les deux méthodes d'ignipuncture actuellement usitées : l'ignipuncture galvano-thermique, et l'ignipuncture par le cautère Paquelin.

Le grand avantage de ce dernier instrument est qu'il est aisément transportable, peu encombrant, facile à entretenir, à la portée enfin de tout praticien. Mais cet avantage est balancé par de nombreux inconvénients, au point de vue spécial qui nous occupe. En effet, on est obligé de l'introduire à chaud dans la gorge; et, outre l'effroi causé par son introduction, aux enfants surtout, on peut lui reprocher le danger de faire des brûlures du voile, de la langue ou des parois buccales, si le malade se défend et fait des mouvements intempestifs.

L'inconvénient du galvano-cautère est d'exiger l'emploi d'un appareil instrumental coûteux, encombrant et d'entretien difficile; mais son avantage est de permettre d'introduire le cautère à froid jusque sur l'amygdale ou même dans les cavités cyptiques, et d'exposer beaucoup moins le malade à des brûlures des parties saines. De plus, il effraie

moins les enfants que le cautère Paquelin. Il est donc bien supérieur à celui-ci ; mais c'est un instrument qui n'est guère à sa place que dans un service spécial ou dans le cabinet d'un spécialiste, et, ainsi que nous l'avons déjà dit pour l'anse galvanique, cette raison empêchera toujours ce procédé de se vulgariser.

Nous ferons remarquer, en terminant, que ni le cautère igné, ni la discission, ne mettent sûrement le malade à l'abri de l'hémorrhagie. Celle-ci, à la vérité, est extrêmement rare. Cependant, M. Ruault a eu à soigner un jeune homme qui saignait depuis quatre heures après une cautérisation faite par un médecin de la ville ; et l'un de ses collègues lui a communiqué un cas d'hémorrhagie persistante à la suite de la discission : la malade a saigné pendant plus d'une heure et demie.

CHAPITRE VI

MÉTHODE DE M. RUALT.

(Ablations partielles successives par morcellement, suivies d'applications iodiques immédiates).

Pour rédiger ce chapitre, le plus important de notre travail, nous mettrons à profit non seulement le mémoire que M. Ruault a fait paraître dans l'*Union médicale*, mais encore et surtout les notes que nous avons recueillies dans son service de clinique laryngologique de l'Institution nationale des sourds-muets, pendant ses conférences cliniques. Plusieurs de celles-ci ont été consacrées, récemment, à l'étude du traitement de l'hypertrophie des amygdales; et, à l'occasion de chaque malade se présentant aux consultations avec cette affection, M. Ruault a fait connaître à ses élèves les raisons qui lui semblaient indiquer tel ou tel procédé opératoire dans chaque cas, et celles qui lui faisaient, dans le plus grand nombre, préférer celle qu'il a imaginée. Nous croyons donc nous trouver aujourd'hui assez étroitement initiés aux idées de notre maître sur le sujet qui nous occupe, pour exposer avec précision en quoi consiste sa méthode et comment elle doit être exécutée.

Un point préliminaire de pratique auquel se conforme constamment M. Ruault, et sur l'importance duquel il insiste volontiers, c'est de ne pas se contenter de la vue, ni même du toucher digital consécutif, pour procéder à l'exploration clinique de la gorge. Non seulement il faut user du miroir frontal et d'un bon éclairage, et être muni d'un abaisse langue de dimensions et de constructions convenables; mais, en ce qui concerne les amygdales en particulier, il faut absolument les explorer avec un stylet mousse approprié, manié sous le contrôle de l'œil. L'instrument dont se sert M. Ruault est un stylet d'acier, à extrémité mousse, monté sur un manche métallique. Il est à la fois solide, résistant, et facile à désinfecter. Ce stylet est coudé à son extrémité, à angle droit, sur une longueur de un centimètre et demi environ, et l'extrémité est évidée comme celle d'une sonde cannelée, mais elle est plus mince. A l'aide de ce stylet, on peut explorer les cavités cryptiques, reconnaître si leur lumière est libre ou renferme des concrétions, etc. (L'instrument sert aussi à pratiquer la discission). On doit, de plus, se servir de ce stylet coudé pour rechercher s'il n'existe pas d'adhérences anormales entre les bords de l'amygdale et les piliers, et pour écarter le pilier antérieur de façon à rendre visibles le sinus qu'il forme avec le bord de l'amygdale et les recoins de la fossette sus-amygdaliennne.

Lorsqu'il existe de l'hypertrophie tonsillaire, M. Ruault recommande instamment, *quel que soit le mode de traitement qu'on ait l'intention de mettre en usage, de commencer au préalable par libérer les adhérences de l'amygdale aux piliers, s'il en existe.* Pour lui, la mobilisation et la

libération des bords tonsillaires est la préface obligée du traitement, quel qu'il soit.

D'après les auteurs, l'amygdale adhérerait normalement au pilier antérieur, dans l'étendue de la moitié ou du tiers inférieur de son bord antérieur. Sans s'inscrire absolument en faux contre cette notion, et tout en faisant remarquer que sa vérification exigerait des examens multipliés faits sur de jeunes enfants indemnes de toute angine antécédente, M. Ruault nous a maintes fois montré que cette adérence est loin d'être constante, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Ce qu'il nous a également montré maintes fois, c'est qu'il est extrêmement fréquent de rencontrer, chez les individus souffrant de la gorge ou ayant eu de fréquentes angines aiguës ou subaiguës, des adérences étendues des piliers, surtout en avant et en haut.

Bien plus, nous avons vu plusieurs fois des adultes des deux sexes, accusant des sensations de gêne ou de douleur unilatérale de la gorge, mal localisées, se trouver complètement soulagés et se déclarer guéris, alors que tout le traitement avait constitué à rompre ces adhérences anormales.

Ces faits justifieraient à eux seuls la coutume constante de M. Ruault, qui pratique ce qu'il appelle la « libération » des tonsilles non seulement chez tous les malades qui souffrent des symptômes de la pharyngite chronique, mais encore dans un grand nombre de cas d'amygdalite aiguë, soit qu'il s'agisse de menace d'abcès péri-amygdalien (1), ou d'amygdalite cryptique, et nous ajouterons que nous avons

(1) *Ruault*. — Note sur l'ouverture des abcès péri-amygdaliens. In *Mercredi médical*, 1893.

été nombre de fois témoins des résultats heureux et rapides de cette intervention, aussi bien dans les cas aigus que chroniques. Mais en cas d'hypertrophie tonsillaire, cette pratique a de plus l'avantage, si la glande doit être excisée, de rendre son ablation beaucoup plus facile, quelque soit le procédé d'ablation immédiate qu'on doive employer.

Pour rompre ces adhérences, M. Ruault et ses élèves font usage du crochet cannelé explorateur. Mais assez souvent on n'y peut parvenir avec un instrument mousse, et il faut alors recourir à un crochet coupant en forme de serpette, construit par M. Mathieu sur les indications de M. Ruault. Celui-ci se sert aussi quelquefois de ciseaux coudés à lames très courtes, mais en général il préfère sa serpette (*Voir la planche*).

Il importe de remarquer que cette libération des adhérences, surtout au niveau du pilier antérieur, est parfois très laborieuse. Nous savons que chez certains sujets à amygdales enchatonnées, la limite du bord libre du pilier est complètement effacée antérieurement, et qu'« il semble qu'entre le pilier et l'amygdale s'étende, à la façon d'un pont, une neo-membrane, souvent garnie d'arborisations vasculaires (1) » et qui paraît recouvrir à la fois le muscle et la glande. En pareil cas, c'est en se guidant sur le trajet de l'arc palatin en haut, et surtout en observant la gorge du sujet au moment où, dans un effort de vomissement, les amygdales subissent le mouvement de torsion sur l'axe en dedans et en avant, appelé par Chassaignac *mouvement spiroïde*, qu'on peut déterminer la situation du bord interne

(1) Traité de médecine, tome III, page 115.

du pilier, et M. Ruault, qui ne manque pas de signaler à l'attention de ses élèves les cas de ce genre, commence alors à inciser de haut en bas la neo membrane en question, pour introduire ensuite son crochet par cette incision même et le passer derrière le pilier pour rompre ses adhérences avec l'amygdale. Si le crochet n'y suffit pas, la serpette y parvient toujours.

Les adhérences une fois rompues, on commence le morcellement. Celui-ci se pratique avec une pince emporte-pièce extrêmement puissante, construite par M. Mathieu sur les indications de M. Ruault, et dont la disposition est tout à fait spéciale. Ses mors sont de forme circulaire, et non tranchants; l'un est de forme annulaire, et le second, cylindrique et plein ou percé d'un simple canal étroit en son centre, s'emboîte exactement dans le premier, où il pénètre à frottement dur. L'ajustage de l'instrument est assuré par la façon dont la pince est construite : l'une des branches est emboîtée dans l'autre, de façon à ce que les mouvements d'écartement et de rapprochement des mors se fassent toujours suivant une direction absolument invariable. De cette façon, la section opérée par l'instrument à travers l'amygdale est toujours complète, et le fragment est complètement détaché d'un seul coup de pince.

La manière d'appliquer la pince varie selon les cas. On se guide à cet égard sur la forme, la saillie de l'amygdale, etc.; toutefois M. Ruault fait le plus souvent agir les mors verticalement. La manœuvre est d'autant plus facile que l'amygdale est plus inégale et plus lobulée; et d'autant moins aisée que la surface de la glande est plus lisse; mais elle est toujours possible quand la tonsille volumineuse n'ad-

hère plus au pilier du voile. « L'important est de se garder, dit M. Ruault, de saisir un des piliers entre les mors de la pince, et d'éviter de faire de trop grosses prises : jamais la surface libre des morceaux saisis ne doit dépasser les limites des mors emporte-pièce. Il faut faire les prises d'une main ferme, et rapprocher les mors *lentement mais avec force*, de façon à ÉCRASER D'ABORD les tissus et à SECTIONNER ENSUITE franchement le morceau. On enlève ainsi en trois ou quatre prises consécutives, une bonne partie de la surface de la glande : l'écoulement sanguin est tout à fait insignifiant et la douleur à peu près nulle.

La même manœuvre est pratiquée ensuite, s'il y a lieu, sur l'autre amygdale, après un temps de repos. On abandonne alors la pince ; et, après avoir laissé reposer le malade quelques instants, on pratique sur les surfaces tonsillaires cruentées une *friction énergique* à l'aide d'un tampon de coton hydrophile fixé à l'extrémité d'une longue pince à forcipressure, et imbibé d'une *solution iodo-iodurée forte* (iode, 1 ; iodure de potassium, 1 ; eau distillée, 6 à 8 grammes). Cette friction donne lieu à une sensation de cuisson d'abord assez forte, mais qui diminue rapidement d'intensité et est toujours de courte durée (quart d'heure ou demi-heure, rarement plus). Le malade se gargarise et se lave la bouche à l'eau froide ; et il peut ensuite se retirer, vaquer à ses occupations, prendre son repas sans gêne ni douleur.

Lorsqu'on l'examine au bout de quelques jours ou d'une semaine au plus, on est frappé de la diminution de volume considérable des amygdales. Cette diminution n'est nullement en rapport avec le volume assez restreint des portions

enlevées ; et, de toute évidence, elle dépend d'une rétractation secondaire. On procède dans la seconde séance à l'ablation des parties encore saillantes qu'on fait suivre également d'une application iodique. Dans la majorité des cas, deux séances suffisent pour que le résultat cherché soit obtenu. Sur 80 malades environ, enfants ou adultes, (de 5 à 36 ans), que j'ai traités de cette façon depuis que j'ai définitivement réglé ma méthode, je n'ai eu que trois fois besoin de trois séances, sauf dans les cas où il s'agissait d'enfants indociles et où je n'avais pu m'occuper que d'une seule amygdale dans la même séance. Toutefois, il importe de remarquer que les enfants acceptent le morcellement avec beaucoup plus de facilité que l'ignipuncture ; et que, à l'encontre de ce que l'on observe souvent après l'emploi du feu, ils se défendent moins lors de la seconde séance qu'à la première. »

M. Ruault a fait construire des pinces à morcellement de formes diverses, les unes droites, les autres coudées. Mais l'une ou l'autre forme peut suffire dans tous les cas, et il est en réalité inutile de multiplier l'appareil instrumental, dont la simplicité est l'un des mérites.

L'instrument représenté ici est celui dont M. Ruault se sert de préférence depuis quelque temps (*Voir la planche*).

Les mors ont un diamètre de un centimètre environ, ce qui est toujours suffisant pour permettre d'enlever la plus grande partie d'une très grosse amygdale en cinq ou six coups de pince, si l'on est obligé d'aller vite. Toutefois M. Ruault possède des pinces à mors sensiblement plus grands, avec lesquelles deux ou trois coups de pince au plus donnent le même résultat. D'un premier coup, en faisant agir les mors *de haut en bas*, on enlève la partie supérieure de

la glande, d'un second la partie inférieure; et s'il reste une saillie au centre, un troisième coup de pince la fait disparaître.

Fait remarquable et très important, l'absence de douleur est à peu près constante chez les enfants. Chez l'adulte, M. Ruault nous a fait remarquer que l'application de la pince éveille quelquefois une douleur d'intensité variable dans l'oreille correspondante; mais un badigeonnage préalable à la cocaïne suffit à supprimer cette sensation à peu près sûrement. Dans tous les cas, ainsi qu'on l'a vu, il n'y a qu'exceptionnellement de la douleur consécutive durable.

L'absence ou l'insignifiance de l'hémorrhagie immédiate est extrêmement avantageuse, non seulement parce que la vue des parties n'est pas d'ordinaire masquée à l'opérateur dès les premiers coups de pince; mais encore parce que la vue du sang ne risque pas d'effrayer l'opéré, les enfants surtout. Aussi M. Ruault recommande-t-il de ne pas laisser les enfants cracher dans l'intervalle des coups de pince; après un ou deux coups, il leur fait boire un peu d'eau froide (filtrée au filtre Chamberland) dans un verre bien propre et flambé; et de cette façon, non seulement la gorgè se trouve nettoyée, mais le petit malade ne se doute même pas qu'il a saigné, si on a le soin de lui cacher les instruments qui sont tachés de sang après chaque section.

Lorsqu'on a affaire à des enfants indociles, on peut avoir recours à l'anesthésie générale par le bromure d'éthyle. Mais nous n'avons qu'assez rarement vu M. Ruault utiliser ce moyen il préfère faire maintenir solidement l'enfant sur les genoux d'un aide, après l'avoir enveloppé dans un drap; lui faire ouvrir la bouche avec l'instrument de M. Legroux, et pro-

céder rapidement au morcellement en abaissant lui-même la langue. Mais la majorité des enfants se laissent faire, pour peu que l'opérateur ait une patience suffisante, dès que leurs appréhensions du début ont été calmées par la douceur et l'insistance nécessaires.

Dans toutes les opérations que nous avons vu pratiquer à M. Ruault, nous n'avons jamais observé de réaction inflammatoire consécutive. Une seule fois, une fillette de 6 ans, au dire de la mère, s'est plaint de souffrir de la gorge dans la journée qui avait suivi l'une des interventions. Mais on ne peut espérer obtenir ce résultat qu'en ne négligeant pas les précautions antiseptiques que M. Ruault s'astreint à prendre dans tous les cas, et dont il ne cesse d'affirmer à ses élèves l'extrême importance.

Non seulement il est indispensable que les instruments soient absolument propres et stérilisés, mais il ne faut pratiquer l'opération qu'après avoir pris soin de faire faire aux malades des gargarismes antiseptiques. M. Ruault prescrit, pendant les 2 ou 3 jours qui précèdent la première intervention, des gargarismes ou mieux des lavages de la bouche et de la gorge avec une solution phéniquée chaude au centième, matin et soir, et après chaque repas. De plus, il fait faire des insufflations d'aristol dans les fosses nasales, trois fois par jour: la poudre antiseptique, impalpable et très légère, pénètre dans le pharynx nasal et y reste adhérente en partie; de sorte que, lors de l'opération, les premières voies sont relativement désinfectées. Ces gargarismes et ces insufflations sont d'ailleurs continués sans interruption jusqu'à la fin du traitement et la complète guérison. Ajoutons que la friction iodée des surfaces cruentées, faite après

chaque intervention, est encore une précaution contre l'infection de la plaie opératoire. La solution employée est assez forte pour être caustique et déterminer de suite une mince escarre qui protège la plaie ; de sorte que le malade n'est point astreint à garder la chambre, même le jour de l'opération.

Jusqu'ici, jamais M. Ruault n'a observé d'hémorrhagie secondaire. Mais, ainsi qu'il ne cesse de le répéter lui-même, cette complication est évidemment possible. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est que le mode d'action de l'instrument, qui *écrase les tissus avant de les sectionner*, diminue les chances d'hémorrhagie secondaire, de même qu'il restreint dans de grandes proportions l'hémorrhagie immédiate, qui dans la majorité des cas, ainsi que nous l'avons dit déjà, est à peu près nulle ou du moins tout à fait insignifiante.

CHAPITRE VII.

VALEUR COMPARÉE DE LA MÉTHODE DE RUALT ET DES ANCIENNES MÉTHODES CLASSIQUES. — SUPÉRIORITÉ DE LA MÉTHODE NOUVELLE.

La méthode de M. Ruault ne saurait être rangée ni dans les méthodes rapides, ni dans les méthodes lentes, ou pour mieux dire elle mérite aussi bien d'être rangée dans l'une ou l'autre catégorie. Dans la majorité des cas, en effet, son auteur l'exécute en deux ou trois séances; mais assez souvent aussi, lorsque le malade a peu de temps à consacrer au traitement, il réussit à l'exécuter en une seule séance, en se servant de pincés à mors plus grands que l'ordinaire ou en multipliant les prises. Quelquefois, l'opération est presque aussi rapide que l'ablation avec les ciseaux ou le bistouri. Dans beaucoup de cas, M. Ruault fait dans la première séance l'ablation complète d'une des tonsilles, et il enlève l'autre deux ou trois jours après ou même le lendemain.

Elle a sur les méthodes rapides l'avantage de moins exposer le malade à l'hémorrhagie secondaire; de déterminer une hémorrhagie immédiate bien moindre; d'être moins douloureuse que le bistouri surtout; et enfin d'être peut-être plus facile à exécuter et certainement de pouvoir être exé-

cutée avec une sûreté qu'on demanderait vainement à toutes les autres.

Elle ne saurait être comparée à la discission qui a ses indications spéciales, mais elle peut lui être associée utilement quand la première n'a pas amené une diminution de volume suffisante. Elle a sur l'ignipuncture l'avantage de donner des résultats infiniment plus rapides, d'être moins douloureuse, de ne pas laisser de douleur à sa suite, et de ne pas déterminer de réaction inflammatoire consécutive. De plus elle effraie beaucoup moins les enfants que le fer rouge.

Ces diverses raisons nous paraissent suffisantes pour nous permettre de considérer la méthode de M. Ruault comme supérieure à toutes les autres, lorsqu'elle est exécutée, suivant les règles que nous avons indiquées, et à la stricte exécution desquelles leur auteur attache une importance extrême. Actuellement, M. Ruault l'applique à tous les cas d'hypertrophie simple : il ne fait plus l'amygdalotomie d'une autre façon ; et il réserve l'emploi du galvano-cautère pour les cas où des raisons spéciales (hémophilie, ou disposition héréditaire ou personnelle aux hémorrhagies, etc.), lui semblent imposer des précautions toutes particulières contre la possibilité d'une hémorrhagie immédiate ou secondaire peut-être redoutable.

La méthode de M. Ruault a d'ailleurs été appréciée aussitôt que connue : déjà plusieurs spécialistes autorisés l'ont adoptée : MM. A. Martin et Lubet-Barbon, les premiers, puis MM. Mènière, Cartaz, Luc et quelques autres. Nous ne doutons pas que son emploi ne se généralise rapidement ; et qu'elle n'arrive bientôt à remplacer définitivement l'instrument tranchant et la cauterisation ignée.

OBSERVATIONS (1)

OBSERVATION I

Bern... Emile, 10 ans, est amené par un parent le 16 janvier à la clinique laryngologique externe. Nous constatons de la pharyngite, des végétations adénoïdes du pharynx nasal et de l'hypertrophie des amygdales. Ces dernières sont rouges, de consistance peu ferme, peu saillantes. La pression fait sourdre des cryptes un mucus blanc jaunâtre.

Le 18 janvier, M. Ruault pratique le morcellement des deux tonsilles suivi d'une friction iodo-iodurée.

Le 20, même traitement.

Nous avons revu ce malade alors qu'il venait pour l'ablation de végétations adénoïdes, non seulement les amygdales étaient guéries; mais la pharyngite était en voie d'amélioration sensible.

(1) Toutes nos observations sont personnelles et ont été prises à la clinique laryngologique de l'institution nationale des Sourds-Muets.

OBSERVATION II

Tab... Ferdinand, 17 ans, employé de commerce, est atteint d'hypertrophie des amygdales, de végétations adénoïdes et de rhinite avec obstruction de la narine droite.

Le 16 janvier on constate des troubles de la respiration et de la phonation. L'ouïe, l'odorat et le goût sont affaiblis ; mais ce qui incommode le plus le malade ce sont les douleurs dans l'oreille : douleurs lancinantes durant une seconde, mais revenant sans cesse. — Morcellement.

Le 16 janvier, on pratique le morcellement des deux tonsilles, suivi d'une friction iodo-iodurée.

Le 20, on répète le même traitement. Nous avons vu le malade alors qu'on le traitait pour ses végétations adénoïdes et sa rhinite ; nous avons constaté chez lui une complète guérison. Il reste de petites anfractuosités ; mais l'amygdale est atrophiée ; de plus le pharynx et la bouche sont d'une couleur normale...

OBSERVATION III

F... Louise, âgée de 20 ans, domestique, vient à la clinique laryngologique le vendredi 6 février.

La malade nous dit qu'elle a eu la rougeole à dix ans, et depuis a toujours eu mal à la gorge : on lui a traité ses amygdales il y a six ans ; mais elle ne peut préciser le genre

de traitement. Depuis deux ans elle a eu des poussées d'amygdalite successives tous les mois.

Continuellement enrhumée du cerveau, elle respire très mal pendant la durée de ces amygdalites et il y a huit jours s'est trouvée mal de ne pouvoir respirer. Elle dort la bouche ouverte et ronfle la nuit. Ouïe et odorat conservés. La déglutition est difficile et douloureuse; la phonation mauvaise. La malade est pâle.

Le 6 février, nous constatons de la pharyngite, de l'hypertrophie des amygdales. M. Ruault pratique le morcellement suivi d'un badigeonnage à l'iode. La malade qui mangeait et buvait même difficilement a pu dîner le jour même sans douleur et sans difficulté.

Le 10 février, on pratique de nouveau le traitement chirurgical.

Le 15, le volume des amygdales est diminué, on ne fait que cautériser avec l'iode.

Le 17, Nouvelle diminution du volume, on fait la toilette et on touche à l'iode.

La malade se déclare très satisfaite. Respiration et phonation vont beaucoup mieux. La malade ronfle encore, mais beaucoup moins, elle n'a plus toussé depuis.

Le 23, la malade revient à la clinique pour la dernière fois : tous les troubles ont disparu si ce n'est que la malade dort encore la bouche ouverte.

OBSERVATION IV (PERSONNELLE).

M... Lucien, huit ans, est amené par sa mère à la clinique laryngologique le 29 janvier.

C'est un enfant dont la poitrine est peu développée, très maigre, le teint pâle, le nez petit, la lèvre supérieure grosse. Sa mère nous dit qu'il a eu la rougeole, la coqueluche et la scarlatine. Depuis il a toujours eu mal à la gorge, et a conservé une toux quinteuse. Sa voix a changé, mais peu. Le jour il respire la bouche ouverte, la nuit dort la bouche ouverte et ronfle. L'odorat et le goût sont presque abolis. Il n'entend plus, a des maux de tête, des suffocations et des sueurs surtout la nuit.

Il ne peut manger que très lentement.

Le 29 janvier on fait un badigeonnage à l'iode et on ordonne un gargarisme phéniqué.

Le 1^{er} février après avoir constaté de grosses amygdales et des végétations adénoïdes du pharynx nasal, on pratique le morcellement d'une amygdale seulement.

Le 5, second morcellement.

Le 10 et 15, on morcelle la seconde amygdale.

Le 27, le petit malade revient nous voir, il ne tousse plus, ne ronfle plus, mange facilement; mais conserve un aspect triste, hébété. M. Ruault enlève avec sa pince des végétations adénoïde. On avait préalablement fait priser les jours précédents de la poudre d'aristol.

Le 1^{er} mars on enlève ce qui reste des tumeurs adénoïdes. Nous avons constaté que les amygdales sont complètement rétractées, la plaie est cicatrisée, aucune angine consécutive ne s'est déclarée.

OBSERVATION V

M. Cab..., dessinateur, 36 ans.

A eu la rougeole étant enfant, l'année suivante la maladie récidivait. Le malade nous dit qu'en 1880, il eut une forte angine qui s'est depuis répétée chaque hiver, et toujours après chaque poussée inflammatoire il eut de l'œdème généralisé à tout le corps qui commençait par les malléoles. Ayant fait analyser ses urines sur les conseils d'un médecin, on n'a point trouvé d'albumine. Depuis cinq ans il a des abcès dans la gorge ; cet hiver il en a eu deux : il prenait alors des collutoires alunés glycérolés, puis on les lui perçait.

Picotements à la gorge et grande gêne pour déglutir les aliments solides : souvent les aliments pénètrent dans les fosses nasales. Maux d'estomac et constipation fréquente, salivation abondante.

Respiration nasale le jour, buccale la nuit. Il parle difficilement, mais l'intonation est peu changée. Odorat et goût presque abolis. Tous les hivers a eu un coryza. Entend très bien, mais éprouve dans l'oreille des douleurs lancinantes qui le font extrêmement souffrir. Quand le malade vient à la clinique laryngologique le 27 janvier, ses amygdales sont

hypertrophiées, d'un volume égal, à large base, distendant les piliers de la loge amygdalienne. Toute la cavité buccale est très rouge.

M. Ruault pratique par deux fois le morcellement sur l'amygdale gauche et fait une friction avec l'iode.

Le 30 janvier, le malade nous dit qu'il a moins souffert pour manger, que la salivation est moins abondante. On morcelle encore l'amygdale gauche, puis la droite. On touche avec l'iode chaque glande.

Le 3 février. Nous constatons que le volume de l'amygdale gauche est moindre. On morcelle pour la dernière fois la droite.

Le 10 février. Nous revoyons le malade : les amygdales se sont rétractées, toute la muqueuse buccale est moins rouge : angine et hypertrophie sont en état de complète guérison.

OBSERVATION VI

Gren..., 31 ans, gardien de la paix.

Vient à la clinique le 13 février et on constate une hypertrophie tonsillaire très considérable, au toucher la glande est dure.

Le malade, depuis treize ans, a eu des amygdalites successives. Déjà, étant au régiment, on lui a cautérisé ses amygdales à l'hôpital militaire de Vincennes. Depuis neuf jours il n'a pu manger, et les bouillons qu'il prend res-

sortent par le nez. Le jour il respire assez bien, mais la nuit il dort la bouche ouverte et ronfle tellement fort que sa femme l'éveille sans cesse. Sa voie est devenue pâteuse, on le comprend moins facilement, les personnes avec lesquelles il converse sont obligées de le faire répéter.

Rien du côté des oreilles ; picotements dans la gorge. Les ganglions de l'angle de la mâchoire sont très volumineux.

Il y a un mois, légère bronchite, le malade se plaint surtout de céphalée.

Le 13 février, M. Ruault lui morcelle par quatre fois l'amygdale droite, puis touche avec l'iode.

Le 15 février, les amygdales ont un peu diminué. Cependant le malade dit avoir pu manger le jour même. — On fait une simple friction avec l'iode.

Le 17 février, il y a toujours engorgement ganglionnaire à l'angle droit de la mâchoire. Cependant le pharynx est moins rouge et les amygdales moins grosses. La voix, quoique améliorée, est toujours pâteuse, la déglutition moins difficile. Il respire maintenant par le nez, même la nuit. La céphalée persiste, on morcelle encore l'amygdale droite.

Le 22 et le 24 février, on pratique le même traitement sur l'amygdale gauche.

Le 27 février, nous revoyons le malade. Les troubles fonctionnels ont presque tous disparu : cependant la regression des amygdales se fait lentement. Assurément, avec des amygdales aussi grosses et aussi vasculaires et chez un adulte, on s'exposait en pratiquant l'amygdalotomie à une hémorrhagie.

OBSERVATION VII.

Man., Alfred, 16 ans, ferreur en voitures, vient à la clinique laryngologique le 15 février.

Il nous dit avoir eu la rougeole étant enfant; il a fréquemment des angines, des bronchites. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires et cervicaux sont gros.

Il respire par la bouche, ronfle la nuit et dort la bouche ouverte depuis longtemps, a toujours la bouche sèche.

Il accuse une gêne de la déglutition et de la surdité depuis deux mois; il a de plus des sueurs nocturnes.

Nous constatons de grosses amygdales, rouges, à surface lisse, fermes au toucher : la glande gauche est surtout hypertrophiée.

Le 15 février. M. Ruault morcelle la glande gauche d'abord, puis la droite et puis touche à l'iode.

Le 23 février. Le malade nous dit qu'il a mangé sans difficulté et sans douleur dès le premier jour. Il entend mieux. On pratique de nouveau le morcellement des deux tonsilles.

Quand nous revoyons le malade l'hypertrophie a complètement disparu.

OBSERVATION VIII.

Gab..... Marie, 30 ans; a eu la rougeole à l'âge de quatre ans. Elle a contracté il y a 5 mois environ en soignant son enfant atteint de coqueluche, une forte bronchite et une angine. Depuis elle respire mal, dort la bouche ouverte, la voix est devenue nasillarde. Mais les plus grands troubles sont une surdité datant de 3 mois et des douleurs lancinantes dans les deux oreilles.

Le 8 février, nous constatons de l'hypertrophie des deux amygdales surtout la droite, et par le toucher digital et la rhinoscopie postérieure une tumeur adénoïde à droite qui gêne l'entrée de la trompe d'Eustache. M. Ruault morcelle l'amygdale droite ce jour même.

Le 15 février, nouveau traitement par le morcellement pratiqué sur les deux amygdales.

La malade se plaint encore de la gorge, et de douleurs dans les oreilles.

Le 27 février, nous revoyons la malade qui nous amène sa petite fille qui a une légère hypertrophie tonsillaire et des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Les troubles fonctionnels, sauf la surdité, ont disparu. Les amygdales sont rétractées. On enlève les végétations du pharynx.

OBSERVATION IX.

D. Augustine, 12 ans. Son père, qui l'accompagne, nous dit qu'elle a eu la scarlatine et la rougeole. Elle a depuis trois mois une forte angine qui a été négligée.

Elle avale difficilement, a de fréquentes nausées et vomiturations. Elle respire par la bouche, et a toujours dormi la bouche ouverte et ronflé, nous dit le père. Elle a eu de la dyspnée pharyngienne. Toux sèche, quinteuse. Voix pâteuse. Elle n'entend pas très bien depuis trois mois des deux oreilles.

Le 17 février nous constatons l'hypertrophie tonsillaire, les glandes sont molles, pâles, enchatonnées; il existe aussi des végétations adénoïdes. M. Ruault pratique le traitement sur l'amygdale gauche et remet à une autre séance le morcellement de la droite à cause de fortes et fréquentes nausées.

Le 20 février le père affirme qu'elle va beaucoup mieux; elle a moins souffert, a pu manger le jour même. La toux a diminué ainsi que le ronflement; la voix est moins nasillarde; mais elle n'entend pas encore. On traite de nouveau l'amygdale gauche, puis la droite.

Le 22 on morcelle l'amygdale droite.

Le 27 nous revoyons la petite malade : les amygdales ont subi une regression rapide et les troubles fonctionnels disparus, à l'exception des troubles auditifs qui sont en voie d'amélioration.

OBSERVATION X.

Lav., comptable, 34 ans.

Il a eu des angines successives jusqu'à 20 ans. Alors qu'il faisait son service militaire, on lui a cautérisé les amygdales avec la teinture d'iode.

Il y a bientôt deux ans, est venu à la clinique pour une pharyngite et une hypertrophie des amygdales. A cette époque, celle de gauche a été traitée par le galvano-cautère et est maintenant complètement guérie. On pratique la discission sur celle de droite.

Le 15 février 1893, après avoir libéré l'amygdale droite adhérente au pilier antérieur, on pratique sur elle le morcellement.

Le malade revient nous voir la semaine suivante : le tissu amygdalien s'est rétracté et on juge inutile de faire une seconde application du traitement.

OBSERVATION XI.

Pr., 27 ans, couturière.

Cette malade a des angines et des amygdalites au moindre refroidissement. A son arrivée à la clinique laryngologique a une hypertrophie des tonsilles, de plus l'amygdale gauche

a contracté des adhérences solides et nombreuses surtout avec le pilier antérieur.

La malade tousse, a une déglutition pénible, une salivation abondante. Elle dort la bouche ouverte.

Le 22 février. M. Ruault avec le crochet tente le débridement de l'amygdale. La malade souffrant beaucoup, on la renvoie après avoir rompu quelques adhérences.

Le 24 février, on achève de libérer.

Le 27 février et 1^{er} mars, on pratique le morcellement. Quand nous revoyons la malade, les deux tonsilles sont atrophiées.

La libération de l'amygdale est au dire de la patiente beaucoup plus douloureuse que le morcellement.

OBSERVATION XII.

Roy... 32 ans, domestique.

A eu la rougeole à 18 ans. Maux de gorge fréquents dans son enfance; coryza chaque hiver.

Actuellement a une *toux d'irritation*; depuis un mois sa voix est devenue pâteuse, nasillarde; elle entend moins bien surtout de l'oreille droite. Nous constatons une hypertrophie tonsillaire, la glande droite est énorme, comme bilobée, d'un rouge peu foncé. La surface des tonsilles est lisse, brillante; les glandes sont saillantes.

Le 8 mars, on la traite par la méthode Ruault, on enlève

plusieurs morceaux du tissu amygdalien, il ne se produit pas d'écoulement sanguin notable. La malade qui appréhendait cette petite opération dit n'avoir aucunement souffert.

Une seconde séance suffit à amener la guérison.

Figure I.

Crochet mousse et serpette pour la destruction des adhérences des amygdales aux piliers.

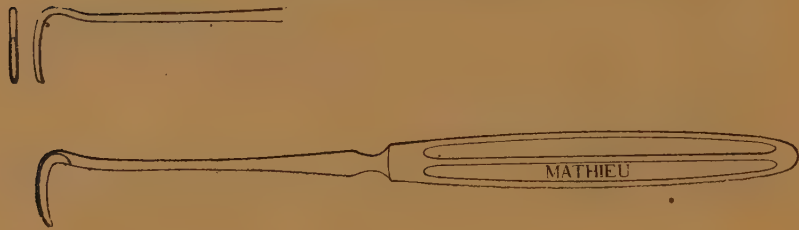


Figure II.

Pince à morcellement.



CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire nous tirons les conclusions suivantes :

1° La méthode de Ruault l'emporte sur l'excision au moyen du bistouri par la facilité et la sûreté de l'exécution, l'absence de douleur et l'insignifiance de l'écoulement sanguin.

2° L'amygdalotome, instrument automatique, peut ne pas toujours donner des résultats complets et certains, et expose à une hémorrhagie consécutive aussi bien que le bistouri, inconvénients évités par la méthode du morcellement.

3° L'ablation de l'amygdale à l'aide de l'anse galvanique est à réserver à cause de l'appareil instrumental exceptionnel qu'elle exige.

4° L'emploi de la méthode que nous avons étudiée dans notre thèse donne des résultats infiniment plus rapides que l'ignipuncture. Elle est moins pénible que cette dernière, ne laisse pas de douleurs à sa suite et ne détermine pas de réactions inflammatoires consécutives.

VU :

Le Président,

CORNIL.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.

